ANNALES
DE
GYNÉCOLOGIE
ET
D'OBSTÉTRIQUE

EXTRAIT

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 6e

1907

Les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* ont été fondées en 1873 par PAJOT, COURTY, GALLARD et Alb. LEBLOND. — Elles sont donc actuellement dans leur 33e année. Les *Annales* paraissent chaque mois, par fascicule d'au moins 64 pages, et forment, chaque année, un volume d'environ 800 pages. — Le 1er numéro de chaque trimestre contient un index bibliographique, dont les matières sont classées méthodiquement en paragraphes, de façon à faciliter les recherches.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

POUR PARIS, **18** FR. — POUR LES DÉPARTEMENTS, **20** FR.
POUR L'UNION POSTALE, **22** FR.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé *franco :*
A M. le Dr **Hartmann**, 4, place Malesherbes, pour la *partie gynécologique ;* à M. le Dr **Couvelaire**, 29, rue Pierre-Charron, pour la *partie obstétricale ;* — ou aux bureaux du journal chez l'éditeur.

Extrait des *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*. — Février 1907.

LES GREFFES NÉOPLASIQUES

Par **H. HARTMANN** et **P. LECÈNE**.

La question des greffes néoplasiques, bien qu'ayant fait l'objet de travaux nombreux, est encore à l'étude (1).

A une époque où l'amputation du sein cancéreux n'était pas une opération réglée comme aujourd'hui, tous les chirurgiens ont vu se développer des noyaux cancéreux multiples, après des ablations incomplètes de néoplasmes mammaires, l'opération n'ayant, en pareils cas, abouti qu'à semer, en quelque sorte, des cellules cancéreuses dans la plaie opératoire et à transformer un cancer squirrheux à marche lente en une multitude de petits cancers à évolution rapide. Il semble bien que dans ces cas l'opérateur ait greffé çà et là, dans le tissu sous-cutané, des parcelles de néoplasme.

Il en est de même pour les cas où l'on a constaté, à la suite de la ponction d'une ascite cancéreuse, le développement d'un noyau néoplasique dans l'épaisseur de la paroi abdominale, au niveau du trajet du trocart (2).

A certains points de vue on pourrait aussi rapprocher des greffes les métastases emboliques et les propagations ganglionnaires, qui ne sont que le résultat du développement *in situ* de cellules cancéreuses apportées par le courant sanguin ou lymphatique.

Tous ces cas ne constituent cependant pas des greffes au sens strict du mot.

Les faits de greffe vraie, indiscutable, ne sont pas encore très nombreux. Aussi nous paraît-il intéressant de publier l'histoire de 4 malades que nous avons eu l'occasion de suivre, et dont 3, tout

(1) On trouvera un bon résumé des travaux antérieurs à 1893 dans un article de Duplay et Cazin, Contagion et inoculabilité du cancer. *Semaine médicale*, Paris, 1893, p. 329.

(2) Nicaise a réuni plusieurs de ces cas dans un article sur la greffe cancéreuse. *Revue de chirurgie*, Paris, 1883, p. 341.— Courtin en a publié une belle observation dans le *Congrès français de chirurgie*, 1893, p. 528, etc.

au moins, ne fournissent pas matière à contestation au point de vue de la réalité de la greffe cancéreuse.

Obs. I. — *Épithélioma cylindrique primitif du canal cervical : ulcération épithéliomateuse de même nature sur la paroi vaginale postérieure, survenue spontanément et tout à fait indépendante de la tumeur primitive.* — Ch..., âgée de 49 ans, ménagère, entrée le 23 juin 1902 salle Lailler. La malade entre à l'hôpital pour des douleurs dans le bas-ventre et les reins. Ces douleurs ont commencé il y a huit ans. A ce moment, les urines furent examinées et contenaient de l'albumine. Depuis quatre ans, il y a de temps en temps des crises de douleurs dans le bas-ventre, avec des pertes sanguines abondantes, survenant tous les quinze jours environ. Depuis trois mois, les douleurs sont plus intenses et les pertes rouges plus abondantes. Dans l'intervalle des pertes sanguines, il y a un écoulement vaginal de couleur jaune verdâtre, tachant le linge, d'odeur fétide. Il y a parfois un peu de douleurs en urinant, avec fréquence de la miction.

Actuellement (23 juin 1902), les douleurs dans le bas-ventre, avec irradiation vers les reins et l'anus, persistent d'une façon presque continue. Pas d'amaigrissement.

Au toucher vaginal, on trouve le col de l'utérus gros, entr'ouvert, à orifice admettant l'extrémité de l'index ; à son intérieur, le doigt sent des inégalités de consistance dure, saignant facilement. Le corps de l'utérus est de volume normal, en antéflexion. Les culs-de-sac vaginaux sont souples, l'utérus mobile dans son ensemble. Les annexes ne présentent rien d'anormal. De plus, sur la paroi postéro-latérale droite du vagin, à 3 centimètres du col environ, séparée du col par une zone de muqueuse vaginale souple et de consistance normale, le doigt sent une surface inégale, ulcérée, à bords indurés, et cependant mobile sur les plans sous-jacents.

Au spéculum, on voit que cette ulcération a les bords découpés, surélevés ; son fond est granuleux, de couleur rougeâtre. Le col entr'ouvert laisse voir des bourgeons saillants à son intérieur. L'un de ces bourgeons, excisé et examiné histologiquement, montre qu'il s'agit *d'épithélioma cylindrique.*

Antécédents personnels. — Les antécédents personnels de la malade n'offrent rien de bien intéressant au point de vue de la lésion actuelle.

Réglée à 12 ans, toujours abondamment et régulièrement depuis.

Mariée à 29 ans ; trois enfants à terme.

Il y a seize ans (1886), la malade a subi une opération au sein droit.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante, encore vivante ; père mort d'une congestion cérébrale.

Opération, le 29 juin 1902, par M. Hartmann. — On commence par inciser le vagin en avant du col et l'on continue le décollement de la vessie, jusqu'à l'ouverture du cul-de-sac péritonéal antérieur vésico-utérin. On fait ensuite une périnéotomie transversale ; l'on sépare le vagin du rectum et l'on ouvre le cul-de-sac recto-utérin. On essaye alors de faire basculer l'utérus dans le vagin

en avant ; mais le vagin est étroit et le corps utérin volumineux, ce qui rend cette manœuvre impossible. On fend alors le vagin sur la ligne médiane postérieure, depuis le périnée jusqu'au col. On fend ensuite l'utérus sur la ligne médiane antérieure et, après avoir réduit son volume par l'ablation de quelques morceaux, on le bascule en avant ; on attire les annexes et l'on place des pinces sur les ligaments larges. Incisant ensuite le vagin sur sa paroi latérale droite, on enlève le segment de vagin cancéreux avec la zone du vagin correspondante. On remplace les pinces par des ligatures au catgut, écrasant les moignons pour en diminuer l'épaisseur. On suture ce qui reste du vagin par des points séparés de catgut de droite à gauche. On suture enfin transversalement les parties décollées par la périnéotomie, ce qui refait un périnée solide très rétréci. Sonde de Pezzer dans la vessie. Pansement iodoformé.

Les *suites opératoires* furent très simples ; la malade sortit guérie au bout de moins d'un mois. La malade a été revue le 26 septembre 1905, se plaignant de quelques troubles de la miction. La cicatrice est simple, sans induration ; il n'y a *pas trace de récidive.*

L'*examen histologique* permit de faire les constatations suivantes :

a) Le néoplasme primitif du col utérin, développé à l'intérieur du canal



Fig. 1. — Épithéliome du vagin consécutif à un épithéliome intra-cervical ; — à gauche, on voit le revêtement pavimenteux du vagin ; plus à droite, on trouve l'ulcération néoplasique, dont le fond est formé par de l'épithéliome atypique cylindrique. (Grossissement : 350/1.)

cervical, au voisinage de son orifice externe, est constitué par de l'épithélioma cylindrique tout à fait au début (adeno-carcinoma colli). Les boyaux glandulaires sont revêtus d'un épithélium atypique, avec fibres et division indirecte nombreuses ; en plusieurs points, la paroi conjonctive des glandes est détruite,

l'infiltration épithéliale envahit le tissu conjonctif avoisinant. Par contre, l'épithélium pavimenteux stratifié du museau de tanche est tout à fait normal, ainsi que le tissu fibro-musculaire sous-jacent. Sur des coupes portant sur un segment du cul-de-sac vaginal postérieur, nous avons pu constater l'intégrité absolue de la muqueuse et du tissu musculo-conjonctif du vagin. En aucun point nous n'avons trouvé des boyaux d'épithélioma aberrants, dans les fentes du tissu conjonctif ou dans des capillaires ou troncules lymphatiques.

b) Des coupes portant sur l'ulcération de la face postéro-latérale du vagin montrent que l'épithélium pavimenteux du vagin, normal à la périphérie, s'arrête brusquement au niveau de l'ulcération. Le fond de celle-ci est formé par un tissu conjonctif embryonnaire, au milieu duquel sont semés des boyaux glandulaires néoplasiques en tous points semblables à ceux du canal cervical (Fig. 1). L'infiltration néoplasique ne s'étend pas loin, d'ailleurs, dans les tissus sous-jacents, et l'ensemble du néoplasme forme un noyau bien circonscrit et ulcéré. Il s'agit donc ici, sans aucun doute, *d'une greffe néoplasique de l'adéno-carcinome du canal cervical de l'utérus sur la paroi du vagin.*

Cette observation constitue un bel exemple de *greffe spontanée*. Dans nos 3 autres observations, il s'agit, au contraire, de greffes néoplasiques *survenues plus ou moins longtemps après une intervention chirurgicale.*

Obs. II. — *Épithélioma kystique mucoïde de l'ovaire, ovariotomie ; six ans après, apparition, dans la région de l'hypocondre, d'une tumeur kystique de même nature, adhérente à la rate, à l'estomac et au côlon.* — M. N..., âgée de 43 ans, journalière, entre le 20 juin 1902, salle Lailler, lit n° 19.

La malade raconte que, depuis cinq ans, elle souffre d'une manière intermittente de crises douloureuses et fébriles, avec constipation, ballonnement du ventre et quelquefois vomissements alimentaires ou bilieux.

La première crise fut caractérisée par des douleurs vives, spontanées, au niveau de l'hypocondre et du flanc gauche, s'irradiant dans tout l'abdomen. A ce moment, la malade aurait senti dans le flanc une petite masse ronde, grosse comme un œuf, mobile et très douloureuse. Depuis cette première crise la malade en a eu d'autres, à intervalles plus ou moins longs ; ces intervalles sont de 3 ou 4 mois, quelquefois d'une année. Pendant ces périodes, la malade ne ressent qu'une sensation de fatigue et de lourdeur dans le flanc gauche. Les crises ne durent habituellement pas plus de dix jours, pendant lesquels la malade est forcée de s'aliter et ne peut s'alimenter, elle est alors très constipée et seuls des lavements peuvent lui provoquer des selles. Depuis le mois dernier, la malade a eu deux crises, séparées seulement par un intervalle de quinze jours ; elle s'est alors décidée à entrer à l'hôpital.

État actuel, le 23 juin 1902. — Depuis trois jours, il y a des douleurs vives dans la région épigastrique et le flanc gauche, avec irradiations dans tout

l'abdomen. Il y a eu des vomissements alimentaires, il y a trois jours ; depuis, la malade ne prend rien; constipation depuis plusieurs jours. La malade n'est pas très amaigrie; le ventre est volumineux ; il présente, dans la région hypogastrique, une cicatrice longitudinale, atteignant en haut la région de l'ombilic ; il y a, à ce niveau, une petite éventration. Le ventre est ballonné ; la palpation est douloureuse partout, mais en particulier au niveau du flanc gauche et de la région ombilicale. Dans ces régions, on sent une masse dont on délimite assez difficilement le contour, masse peu mobile, se déplaçant cependant un peu vers la ligne médiane quand on fait coucher la malade sur le côté droit. Cette masse, de forme assez régulière et dont la surface semble libre, se continue, en arrière, jusque dans la région lombaire; en haut, elle se perd sous le rebord costal ; en bas, elle descend jusqu'à 2 travers de doigt de la crête iliaque. La palpation bimanuelle montre qu'il y a du ballottement d'une main à l'autre ; cette masse est assez résistante au palper, mais donne cependant une sensation de rénitence dans la partie antérieure, qui est douloureuse à la pression. De plus, on sent, en avant, le bord inférieur épais, mais régulier de la tumeur ; on peut même engager la main au-dessous.

La percussion montre qu'il y a une matité complète dans les limites de la tumeur, déjà sentie par la palpation. Cette matité se prolonge en haut sous les côtes. Les limites de la matité sont les suivantes : en avant, une ligne courbe à concavité regardant en haut et en dedans, et courant du bord gauche de l'ombilic jusqu'à la 6e côte environ ; en haut, une ligne presque horizontale, étendue de la 6e côte gauche au bord inférieur de la 8e près de l'articulation costo-vertébrale correspondante ; en bas, une ligne partant du bord gauche de l'ombilic, descendant jusqu'à 2 travers de doigt de l'arcade de Fallope gauche, passant un peu au-dessus de l'espace iliaque A. S. gauche et se recourbant en arrière dans la région lombaire pour rejoindre, à la 8e côte, la ligne de matité supérieure.

La percussion montre, en outre, que le pôle inférieur de la tumeur est moins franchement mat que le reste; il y a là une bande de submatité de 2 travers de doigt environ. L'insufflation du côlon montre qu'il n'y a pas de bande sonore au-devant de la tumeur.

La matité hépatique s'étend de la 4e côte au rebord des fausses côtes sur la ligne mammaire. Le rein droit n'est pas perceptible à la palpation. Les urines sont abondantes, très rouges, très chargées, pendant les périodes des crises douloureuses. Jamais il n'y a eu d'hématurie.

L'auscultation du cœur et des poumons ne dénote rien d'anormal. L'examen du sang, fait par Esmonet, donne les résultats suivants :

4.245.000 globules rouges.
6.400 globules blancs.
22 p. 100 mononucléaires.
78 p. 100 polynucléaires. Par d'éosinophiles.

Antécédents personnels. — La malade a été réglée à 12 ans et demi ; tou-

jours régulièrement de 15 à 41 ans ; depuis deux ans, les règles sont devenues plus irrégulières.

Excellente santé jusqu'en 1891. A cette époque, la malade étant enceinte se trouva atteinte d'un kyste de l'ovaire ; elle fit un accouchement prématuré de 7 mois. Deux mois après, le docteur Hartmann l'opéra, à l'hôpital Bichat, d'un kyste de l'ovaire.

En 1894, nouvelle grossesse à terme.

La malade a toujours habité Paris. Jamais de paludisme. Le docteur Hartmann, qui vit la malade en 1899, pensa qu'il s'agissait d'une rate flottante. Actuellement, en présence des symptômes présentés par la malade, on porte le diagnostic vraisemblable de tumeur kystique de la rate, ou de rate flottante à pédicule tordu (?).

Opération. — Le 27 juin 1902, le docteur Hartmann pratique l'opération suivante :

Incision médiane sur l'ancienne cicatrice opératoire, remontant au-dessus d'elle. Dans la région épigastrique, à gauche de la ligne médiane, on voit immédiatement la tumeur, de couleur grisâtre, rénitente, située au-dessous et à gauche de l'estomac, au-dessus de l'angle gauche du côlon qui est refoulé en dedans ; quelques adhérences inflammatoires réunissent cette tumeur à la concavité gauche de la voûte du diaphragme et à une masse graisseuse, constituée par de la graisse péricolique. On décolle ces adhérences, puis on ponctionne la tumeur kystique ; on en retire 350 grammes d'un liquide chocolat, un peu visqueux. De l'intérieur de la poche, on retire des petits kystes secondaires de couleur jaunâtre, mêlés à des débris visqueux. On marsupialise le kyste, après excision partielle de sa paroi. Drain.

Suites immédiates et éloignées. — Les suites opératoires furent tout à fait simples. La malade est sortie guérie, avec une fistulette insignifiante, le 15 août 1902. Depuis lors nous avons souvent revu la malade, qui porte toujours une fistule dans la région de l'hypocondre, mais dont l'état général est excellent (janvier 1907).

Examen anatomique de la poche kystique et de son contenu. — Des morceaux de la poche sont prélevés en différents points ; de plus, on a inclus des fragments pris dans les détritus noirâtres qui se trouvaient au centre de la poche.

La paroi de la poche principale est constituée :

a) Par du tissu conjonctif dense, en faisceaux à direction parallèle, riches en fibres de tissu conjonctif adulte, avec quelques cellules plates ; les vaisseaux sont assez nombreux, sans lésions de leurs parois.

b) En dedans de cette paroi fibreuse, on trouve une assise de cellules épithéliales cylindriques très hautes, à protoplasma bien coloré, à noyau situé à la base de la cellule, également bien coloré ; quelques-unes de ces cellules sont en sécrétion muqueuse très nette avec des boules de mucus dans leur protoplasma ; d'autres cellules, qui ont éliminé leur mucus, présentent une structure un peu caliciforme. Nulle part on n'aperçoit de divisions indi-

rectes; de plus, l'épithélium est partout typique, sans tendance à l'infiltration des plans sous-jacents. Souvent le revêtement épithélial interne du kyste se soulève en saillies, sortes de villosités, dont l'axe est formé de tissu conjonctif à structure fibrillaire, et revêtues, d'autre part, de l'épithélium cylindrique déjà décrit. En d'autres points, au contraire, l'épithélium s'invagine, formant des sortes de cavités glandulaires (V. fig. 2).



Fig. 2. — Coupe d'un épithéliome kystique de l'hypocondre gauche chez une malade antérieurement opérée d'un kyste banal de l'ovaire. Le kyste secondaire présente absolument la structure de l'épithéliome mucoïde bénin de l'ovaire avec ses grandes cellules épithéliales caliciformes. (Grossissement : 350/1.)

Les *petits fragments situés* au milieu du liquide contenu dans le kyste sont constitués :

a) Par du sang extravasé avec un réseau de fibrine contenant dans ses mailles des hématies et des leucocytes;

b) Par des portions nécrosées de la tumeur, dont les éléments histologiques se colorent à peine, mais qui permettent néanmoins d'apercevoir çà et là des placards d'épithélium cylindrique, souvent caliciforme.

Au point de vue histologique, il s'agit donc ici d'un kyste, dont la structure est absolument identique à celle des kystes mucoïdes ordinaires de l'ovaire. L'aspect de l'épithélium cylindrique à cellules caliciformes (cystadenoma pseudomucinosum) surtout est bien caractéristique.

Il s'agit donc dans ce cas d'une greffe à distance de l'épithélioma kystique muqueux de l'ovaire, qui s'est développée lentement dans le grand épiploon, a contracté des adhérences avec l'estomac, la rate, le côlon, et a fini par simuler une tumeur développée primitivement dans cette région.

Obs. III. — *Épithélioma pavimenteux primitif du col utérin : hystérectomie abdominale totale. Apparition, au bout de six mois, d'un noyau néoplasique volumineux de même nature à la partie inférieure de la cicatrice abdominale. Extirpation de ce noyau.* — Henriette X..., âgée de 36 ans, nous est adressée par le docteur Heulin et entre, le 3 octobre 1905, salle Lailler, pour des pertes rouges, survenant sans cesse en dehors des règles depuis un an environ. Ces pertes n'étaient pas accompagnées de douleurs. Depuis deux mois, ces métrorrhagies sont devenues plus abondantes. La malade a un très bon état général : depuis un an, elle a même engraissé de 10 livres et son appétit est conservé. Son père est mort d'apoplexie, sa mère est bien portante ; elle a eu trois couches normales, à terme. Au toucher, on constate que le col est gros et induré ; son orifice admet l'extrémité du doigt ; il est entouré de végétations dures, inégales, saignantes. Les végétations dépassent en arrière la lèvre postérieure du col et empiètent sur la muqueuse vaginale du cul-de-sac postérieur. Le corps utérin est en antéflexion, de consistance ferme et de volume normal. Le tout est mobile, sans induration au niveau de la base des ligaments larges.

Opération, le 6 octobre 1905, par M. Hartmann. — Après incision médiane de l'ombilic à la symphyse et ouverture de la cavité abdominale, on trouve un corps utérin rouge très vascularisé ; on détache quelques adhérences épiploïques. Ligature des utéro-ovariennes, puis des ligaments ronds des deux côtés; ouverture des ligaments larges ; ligature des utérines en dehors du croisement de l'uretère. Décollement de la vessie. Section des ligaments utéro-sacrés. On place ensuite une pince coudée sur le vagin ; section du vagin au-dessus de la pince et ablation de l'utérus et de la partie supérieure du vagin. Surjet au catgut sur la tranche vaginale. Autoplastie pelvienne, en laissant à droite un point ouvert pour le passage d'un gros drain, qui ressort par la partie inférieure de l'incision abdominale. Fermeture de la paroi à trois plans, après avoir réalisé une sorte de cystopexie abdominale en chargeant la musculaire vésicale par plusieurs fils qui sont fixés à la paroi musculo-aponévrotique.

La malade guérit rapidement, après avoir présenté cependant de la rétention d'urine pendant 14 jours.

La pièce examinée histologiquement est un *épithélioma pavimenteux très atypique* du museau de tanche.

La malade revient le 7 avril 1906, soit 7 mois après l'opération, parce qu'elle présente, au niveau de la partie inférieure de sa cicatrice abdominale, une tuméfaction dure, diagnostiquée « hernie » par son médecin.

On constate qu'il existe, à la partie supérieure de la cicatrice, un petit épaisissement d'apparence chéloïdienne, qui se présente sous la forme de noyaux indépendants les uns des autres. Il en est de même de la partie correspondant à l'orifice du drain.

Ce qu'il y a de particulier et ce que l'on voit bien surtout lorsque la malade est placée en position élevée du bassin, c'est que toute la partie inférieure de la cicatrice, correspondant au mont de Vénus, est soulevée par une tuméfaction

du volume d'un demi-œuf de dinde sans aucune altération de la peau. La cicatrice et la peau normale sont mobiles sur la tumeur, qui ne présente quelque adhérence qu'au niveau de la partie de la cicatrice correspondant à l'ancien orifice du drain. La tumeur est dure, absolument fixée sur le pubis et douloureuse à la pression. Au toucher vaginal, les culs-de-sac sont souples; la face postérieure de la symphyse pubienne ne présente rien d'anormal ; mais immédiatement au-dessus d'elle et indépendante d'elle, faisant corps avec la paroi abdominale antérieure, on sent la tumeur dure que montrait la palpation en avant. On pense qu'il s'agit là d'une *récidive néoplasique dans la paroi abdominale.*

Opération le 9 avril 1906. — Incision se dédoublant au niveau de la partie inférieure de la cicatrice abdominale : dissection de la tumeur, qui s'implante sur le pubis au niveau de son bord supérieur. Profondément on passe en avant de la vessie qui est saine. Excision, avec un fort bistouri à lame courte, de la partie supérieure du pubis. Réunion au fil d'argent et au crin.

Sur une coupe totale de la tumeur enlevée qui a le volume d'un gros œuf de dinde, on voit qu'elle est formée par un tissu grisâtre, parsemé de points blanc jaunâtre, dur, criant sous le couteau. Cette tumeur est manifestement développée dans les aponévroses de la ligne blanche, à leur insertion pubienne.

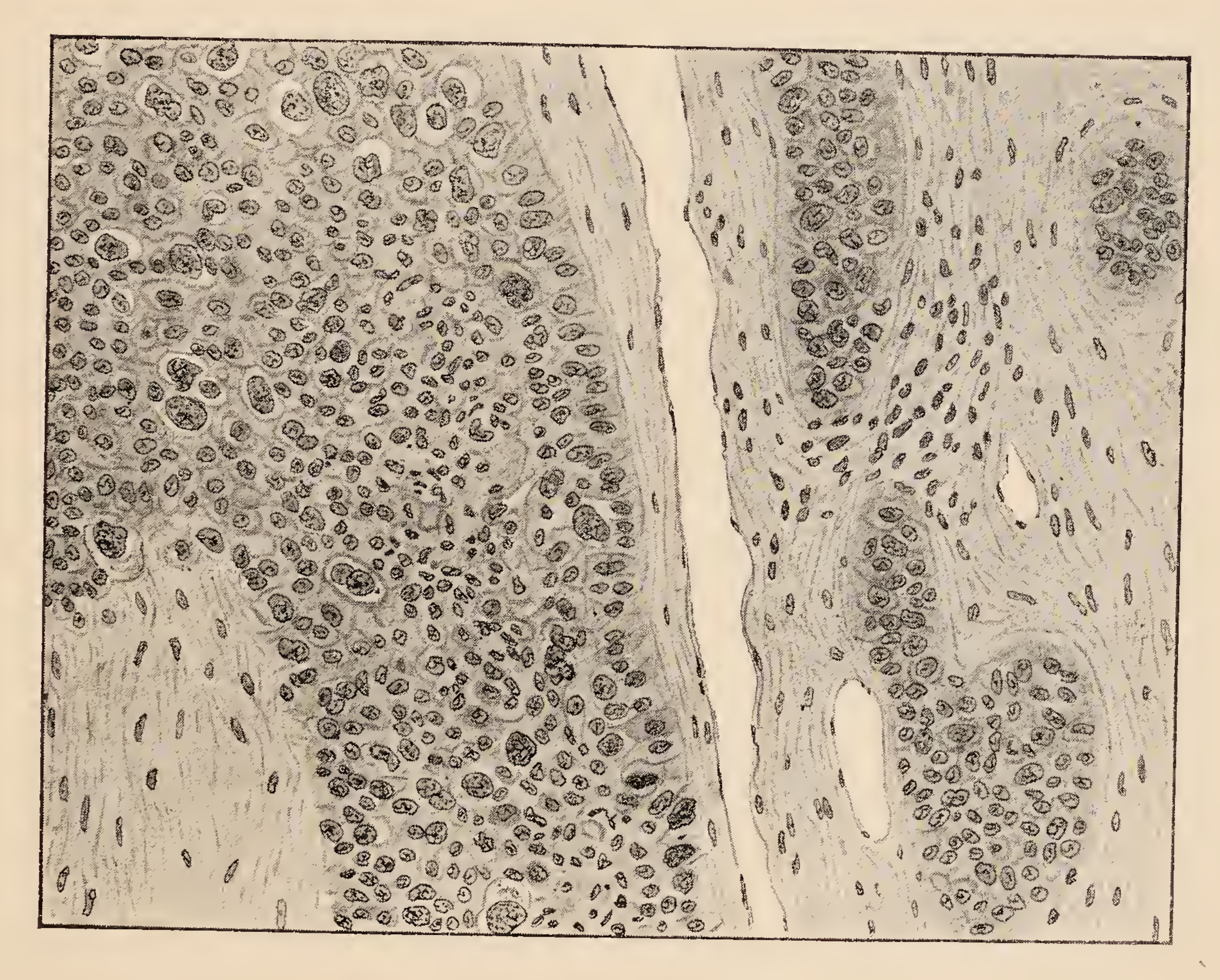


Fig. 3. — Coupe d'un noyau néoplasique développé dans la cicatrice abdominale d'une hystérectomie pour épithéliome pavimenteux du col utérin. On voit que ce noyau pariétal est formé par un tissu conjonctif dense, traversé de boyaux d'épithéliome pavimenteux très atypique, avec des noyaux géants en karyokinèse irrégulière. (Grossissement : 350/1.)

L'examen histologique (V. fig. 3) montre que cette tumeur est formée par un noyau volumineux de récidive cancéreuse, présentant une structure

tout à fait analogue à celle de la tumeur primitive du col utérin. Des boyaux d'épithéliome pavimenteux très atypique et en pleine activité, avec figures de karyokinèse nombreuses, sont semés dans un tissu cicatriciel formé de fibres conjonctives adultes.

Suites éloignées. — La malade, revue le 12 janvier 1907, est en état de santé parfaite : elle a engraissé de 10 kilogrammes depuis sa dernière opération ; l'examen de l'abdomen ne révèle rien de particulier ; la cicatrice vaginale est souple ; pas trace d'induration des ligaments larges. La cicatrice cutanée a, vers sa partie inférieure, une apparence un peu chéloïdienne, qui existe d'ailleurs depuis la première opération. Il n'y a absolument rien dans les tissus sous-cutanés, qui sont souples, normaux, sans aucune adhérence avec la cicatrice cutanée.

Obs. IV. — *Épithélioma vésical récidivé, avec présence, au niveau du méat uréthral, d'une tumeur de même nature.* — Mlle P..., 50 ans, avait toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'en janvier 1905, au retour d'une soirée, elle fut prise d'une hématurie totale. Quelque temps après, de même après une fatigue, nouvelle hématurie. Les mictions, jusqu'alors normales, commencent à se modifier, deviennent plus fréquentes et, dans le courant du mois d'août, commencent à s'accompagner de douleurs. Nous la voyons, à ce moment, pour la première fois, avec le docteur Roux.

Les mictions sont fréquentes, douloureuses, surtout à la fin, les urines sont troubles, mêlées de sang liquide et de petits caillots. La vessie est un peu douloureuse à la pression dans sa partie latérale gauche, où elle semble épaissie. Un examen d'urine, fait au laboratoire municipal, indique la présence de bacilles tuberculeux. Influencé par cet examen, nous n'attachons aucune importance à l'épaississement que nous constatons à gauche et pensons à une tuberculose urinaire.

En novembre, nous sommes rappelé, la malade éprouvant toujours les mêmes troubles mais avec une intensité beaucoup plus grande. Dans la partie gauche de la vessie on sent manifestement une tumeur ; aussi revenons-nous sur le premier diagnostic et conseillons-nous une intervention.

Le 7 novembre 1905, *première opération.* — Cystotomie hypogastrique par M. Hartmann ; toute la partie gauche de la vessie est occupée par une tumeur villeuse du volume d'un œuf de poule, que nous enlevons par morceaux avec le doigt, extirpant ensuite son pédicule au bistouri en réséquant la portion de vessie sous-jacente. Pinces sur les artérioles qui saignent ; puis ligature au catgut. Réunion de la plaie vésicale et abdominale, sauf l'angle inférieur où nous plaçons un tube qui sort par l'urèthre et est percé de trous dans la portion intra-vésicale.

Ce tube est enlevé le 15 novembre et remplacé par une sonde uréthrale. La guérison se fait sans incidents, et la malade quitte la maison de santé, entièrement guérie, le 7 décembre.

Examen histologique. — La pièce enlevée est le type de la tumeur villeuse :

sur les coupes perpendiculaires à l'axe de la tumeur, on trouve de nombreuses villosités formées d'un axe central conjonctif très grêle et très vasculaire, et recouvert sur ses deux faces par de nombreuses assises de cellules épithéliales, les unes cylindriques, les autres en raquette ou plus aplaties et rappelant tout à fait par leur structure les cellules du revêtement vésical normal.

Il existe d'assez nombreuses figures de karyokinèse dans les cellules les plus rapprochées de l'axe conjonctif de la villosité.

En résumé, il s'agit ici d'un *épithéliome typique* de la vessie à forme végétante. Après avoir été très bien pendant quelque temps (retour de l'appétit, des forces, urines claires, mictions normales), il reparaît en fin janvier un peu de sang dans l'urine ; en mars, les mictions recommencent à être plus fréquentes et douloureuses. Ces symptômes s'aggravent progressivement et en mai la malade arrive à uriner toutes les heures, souffrant pendant et après. Ces symptômes s'aggravent dès qu'elle est debout. Les urines sont troubles, mêlées de sang et ont une odeur de sphacèle. Par le palper bimanuel, il est indiscutable qu'une tumeur s'est de nouveau développée.

Le 15 *mai* 1906, *deuxième opération.* — Incision sur la cicatrice de la première opération ; débridement transversal de 1 centimètre et demi sur le grand droit à gauche, à la partie inférieure de l'incision. La vessie ouverte, nous y trouvons une tumeur en forme de boudin recourbé, de la grosseur de deux pouces réunis, longue de 8 centimètres, sphacélée à son extrémité. Nous le détachons en grande partie avec le doigt, puis saisissons le pédicule avec des pinces de Richelot et l'attirons dans la plaie.

Ce pédicule est implanté en arrière et à droite du col, recouvrant et cachant l'uretère droit. Avec une sonde urétérale, nous cathétérisons celui-ci, puis excisons le pédicule, réunissons par quatre catguts qui font en même temps l'hémostase, puis enlevons la sonde urétérale.

Drain uréthro-hypogastrique, fermeture à deux étages de la plaie.

Le 25 *mai*, ablation du tube, sonde à demeure.

Le 6 *juin*, la sonde est enlevée et la malade, guérie, quitte quelques jours après la maison de santé.

Examen histologique. — Cette seconde tumeur ressemble en tous points à la première ; comme celle-ci, elle répond au type des tumeurs épithéliales villeuses ; cependant les villosités sont moins développées, moins longues que dans la première tumeur, et il existe des figures de karyokinèse très abondantes dans les couches basales de l'épithéliome.

Le pédicule a été examiné avec soin et il ne renfermait que du tissu musculaire lisse et des vaisseaux ; nous n'y avons pas trouvé d'infiltration épithéliale. En résumé, ici encore il s'agissait d'un épithéliome typique de la vessie, à cellules du type de revêtement d'Albarran et, malgré les karyokinèses abondantes, rien ne permettait de penser à une tumeur histologiquement maligne.

Comme après la première opération, tout va bien pendant les premiers temps ; les urines sont redevenues claires et les mictions normales ; l'état général un peu altéré s'est remis presque immédiatement.

Le 30 *juin* cependant, il y a émission d'urines un peu teintées, mais tout rentre dans l'ordre les jours suivants. En octobre, tout recommence ; les symptômes vont s'aggravant progressivement ; de plus, une tumeur apparaît au niveau du méat, qui saigne au moindre contact.

Le 13 *novembre* 1906, *troisième opération.* — Saisissant avec un pince de Richelot la tumeur, du volume d'une bille, qui fait saillie au niveau du méat, nous l'attirons au dehors et constatons qu'elle s'implante immédiatement en arrière du méat, sur la partie latérale droite et un peu inférieure du canal. Avec le thermo-cautère nous sectionnous son implantation.

Ouverture de la vessie sur l'ancienne cicatrice ; avec le doigt nous détachons les masses néoplasiques qui la remplissent, masses molles, assez friables, dont l'ensemble représente le volume d'un œuf de poule.

La vessie débarrassée, nous examinons avec soin sa face interne. Les masses enlevées s'implantaient en arrière du col vésical, remontant sur la partie latérale droite de la masse. Excision des parties qui restent; curettage, puis cautérisation au thermo-cautère de leur implantation.

Une petite tumeur isolée, du volume d'un grain de chènevis, située sur la partie latérale gauche de la vessie, est excisée et son pédicule cautérisé.

Drainage abdomino-uréthral. Réunion du reste de la plaie.

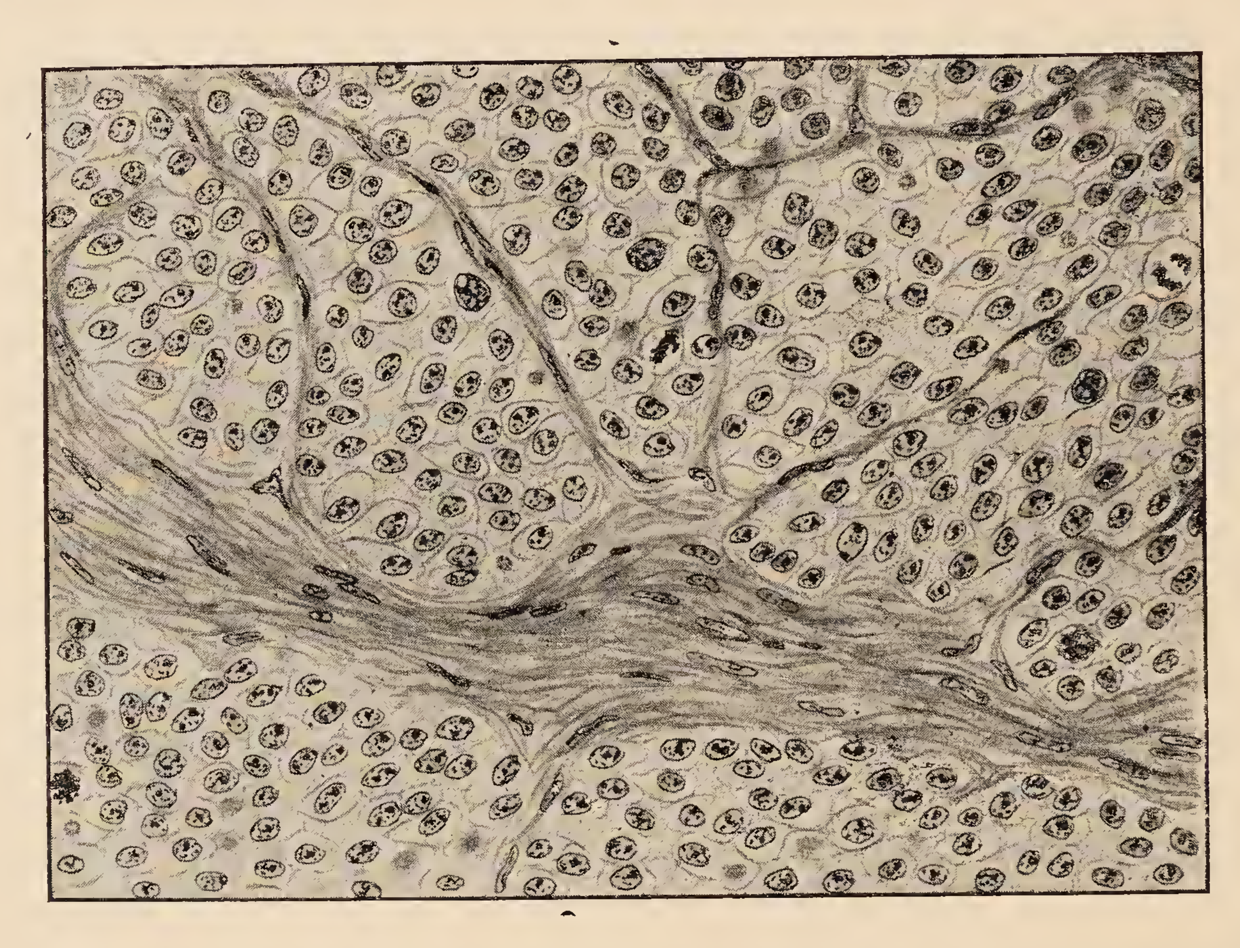


Fig. 4. — Coupe d'une tumeur du méat uréthral consécutive à une tumeur de la vessie. Le noyau néoplasique présente tous les caractères d'un épithéliome atypique vésical. (Grossissement : 350/1.)

Le 18, le tube est enlevé, on place une sonde à demeure; le 29 on enlève la sonde. La malade guérie quitte la maison de santé en parfait état, ayant des urines claires et des mictions normales.

Examen histologique. — L'examen a porté : 1° sur un fragment de la tumeur vésicale récidivée ; 2° sur la totalité de la tumeur du méat uréthral.

1° La tumeur vésicale récidivée est certainement cette fois un épithéliome atypique : les villosités sont à peine ébauchées et, au contraire, il existe une végétation épithéliale en profondeur des plus nettes. Les cellules sont atypiques, pressées les unes contre les autres, et présentent des altérations nucléaires importantes et des noyaux en chromatolyse, noyaux géants, noyaux en karyokinèse irrégulière ;

2° La tumeur du méat uréthral est tout à fait identique comme structure à la tumeur vésicale ; comme celle-ci, elle est formée de boyaux épithéliaux pleins de cellules polyédriques, de noyaux irréguliers ou en karyokinèse atypique (V. fig. 4). Nous ne connaissons pas de tumeur uréthrale primitive de ce type chez la femme.

La première de ces observations est un bel exemple de *greffe-néoplasique spontanée* d'un cancer utérin sur le vagin. L'ulcération du cul-de-sac postérieur du vagin, au lieu de présenter le type de l'épithélioma pavimenteux vaginal, était, comme structure, identique à la tumeur intra-cervicale. Il ne s'agissait donc pas du développement simultané de deux épithéliomas, un pavimenteux dans le vagin, un cylindrique dans l'utérus, les deux étaient des épithéliomas cylindriques des plus nets et identiques.

Il était donc évident que l'ulcération vaginale n'était pas indépendante de celle du canal cervical et que l'ulcération néoplasique vaginale était secondaire à celle du col utérin, puisque l'épithélioma qui la constituait reproduisait le type des épithéliomas intra-utérins.

Un seul point peut donc être discuté, celui du mode de propagation de l'épithélioma intra-cervical à la muqueuse du vagin. S'agit-il d'une *greffe vraie* ? L'ulcération vaginale est-elle consécutive à une *métastase rétrograde* ? La question peut être soulevée. Von Recklinghausen a en effet montré que l'on peut observer, au cours de l'évolution des néoplasmes malins, des métastases qui se font en sens inverse du courant lymphatique normal. Le transport des cellules cancéreuses se fait, en pareil cas, à contre-courant, la lymphe refluant en arrière vers les ganglions sous-jacents, par suite de l'oblitération des voies lymphatiques sus-jacentes. C'est ainsi que, par exemple, les ganglions lymphatiques inguinaux peuvent être envahis dans le cancer primitif du corps utérin, qui normalement ne déverse de lymphe que dans les ganglions iliaques et surtout lombaires.

Ce mécanisme de la métastase rétrograde a été pris sur le fait,

pour ainsi dire, dans deux observations, l'une de Kaufmann (1), l'autre, de Hellendall (2), où les coupes des tissus intermédiaires au cancer utérin et aux ulcérations vaginales secondaires montrèrent qu'il y avait, en certains points, de véritables embolies cancéreuses dans les capillaires lymphatiques.

Chez notre malade cette explication pourrait être discutée si les grosses voies lymphatiques de l'étage inférieur du ligament large, qui drainent normalement la lymphe du col, étaient oblitérées et si les cellules néoplasiques avaient reflué vers les réseaux lymphatiques de la partie supérieure du vagin.

On ne peut admettre cette hypothèse dans notre observation. L'examen attentif des ligaments larges ne permit pas de déceler cliniquement la moindre infiltration de ceux-ci et, d'autre part, une série de coupes histologiques, faites par l'un de nous, sur la zone intermédiaire au néoplasme du col et à l'ulcération vaginale, n'ont permis de trouver en aucun point des cellules épithéliales néoplasiques dans les capillaires lymphatiques de la sous-muqueuse ou de la musculaire du vagin.

Nous sommes donc amenés à conclure qu'il s'agissait bien, dans ce cas, d'une *greffe directe de cellules néoplasiques du cancer du col sur la muqueuse vaginale.*

Il n'y a aucune objection sérieuse à ce mécanisme de la greffe néoplasique spontanée. L'existence de pareilles greffes a été admise déjà par d'autres auteurs.

En 1881, Kaufmann a expliqué par le mécanisme de la greffe la présence de deux épithéliomas chez une vieille femme qui, en même temps qu'un épithélioma du dos de la main, présenta secondairement un épithélioma de structure identique sur la conjonctive oculaire qu'elle frottait souvent avec cette main (3).

Bergmann (4) regarde aussi comme un exemple de greffe spontanée le cas d'un homme atteint de cancer de la lèvre inférieure, et qui, deux mois après le début de celui-ci, au point exactement symétrique de la lèvre supérieure, vit se développer un second cancer.

---

(1) Kaufmann, *Arch. f. path. Anat. u. Phys.*, 1898, t. CLIV.

(2) Hellendall, *Beitr. z. Geburtsh. u. Gyn.*, 1902, t. VI, p. 422.

(3) Kaufmann, Ueber Multiplicität des primären Carcinoms. *Arch. f. path. Anat. u. Phys.*, t. LXXII, p. 181.

(4) Observation relatée par Sticker, *Münchener medicinische Wochenschr.*, 1906, n° 39, p. 1904.

Ces cas prêtent évidemment matière à discussion, et l'on peut dire qu'il ne s'agit là que d'épithéliomas multiples, développés successivement chez le même individu sous l'influence de la même cause génératrice. Mais il n'en est pas de même des faits empruntés à Klebs (1). Ce dernier, dès 1869, a publié trois observations d'épithélioma pavimenteux de l'estomac consécutifs à des cancers: 1° de l'œsophage au niveau de la bifurcation de la trachée ; 2° de la langue; 3° de la face avec destruction du nez et envahissement du pharynx.

Beck (2) trouva, à l'autopsie, un épithélioma pavimenteux de l'œsophage et un deuxième épithélioma, de même pavimenteux, sur la muqueuse stomacale. Dans tous ces derniers faits comme dans notre observation personnelle, la structure du deuxième épithélioma, identique à celle du premier et différente de celle des épithéliomas nés dans la région qu'il occupe, coupe court à toute discussion. Il s'agit incontestablement de *greffes néoplasiques apparues spontanément.*

Dans nos 3 autres observations, il s'agit de *greffes néoplasiques consécutives à une intervention chirurgicale.* Dans l'observation II, le kyste de la région de l'hypocondre gauche, opéré en 1902, est manifestement secondaire à l'ablation du kyste ovarique faite en 1891. La structure de la tumeur secondaire est caractéristique et rappelle absolument à l'œil nu et au microscope celle de l'épithéliome kystique mucoïde banal de l'ovaire. Rien ne permet de les distinguer et, sur le champ du microscope, la préparation du kyste de l'hypocondre sera considérée par tout histologiste comme une coupe de kyste banal de l'ovaire. L'évolution clinique, lente et bénigne, est de même identique. Il est probable qu'au cours de la première opération, quelques cellules épithéliales sont tombées dans le péritoine et se sont greffées dans la région de l'hypocondre gauche, où elles ont donné naissance à une nouvelle tumeur kystique.

Le fait est assez rare, mais il en existe cependant quelques exemples. Olshausen (3) en a publié une observation ; Baumgarten (4) et Pfannenstiel (5) en ont chacun observé un cas développé dans la cicatrice abdominale plusieurs années après l'ablation de kystes de

---

(1) Klebs, *Handbuch der pathologischen Anatomie*, Berlin, 1869.
(2) Observation relatée par Ribbert. *Geschwulstlehre*, Bonn, 1904, p. 40.
(3) Olshausen, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. VIII, p. 262.
(4) Baumgarten, *Arch. f. path. Anat. u. Phys.*, t. XLVII, p. 1.
(5) Pfannenstiel, *Arch. f. Gyn.*, t. XLVIII, p. 566.

l'ovaire; Sänger a même vu le développement d'une tumeur de la paroi au niveau d'un trajet de ponction de kyste bénin de l'ovaire.

Dans notre observation, comme dans celles que nous venons de citer, la greffe a reproduit le type primitif et a présenté l'évolution bénigne habituelle du kyste de l'ovaire. La tumeur de l'hypocondre a été constatée chez notre malade, par l'un de nous, dès 1899, huit ans après l'ablation du kyste de l'ovaire ; incomplètement extirpée en 1902, elle a laissé un trajet fistuleux muco-purulent, qui persiste depuis cinq ans ; l'état général est resté excellent et il n'y a certainement pas de dégénérescence maligne.

Ce n'est pas le cas ordinaire et, comme le montrent les observations réunies par Pfannenstiel et par Terrillon (1), le plus souvent les tumeurs abdominales, qui apparaissent après une opération de kyste mucoïde de l'ovaire, évoluent comme des cancers et amènent rapidement la mort.

Notre observation III est absolument typique comme exemple de greffe dans une plaie opératoire ; six mois à peine après une hystérectomie abdominale totale avec résection du fond du vagin pour cancer du col, apparaît à la partie inférieure de la cicatrice abdominale, au-devant du pubis, un noyau cancéreux dont le type histologique est identique à celui de la tumeur primitive du col utérin. Du côté de la cicatrice vaginale et des ligaments larges, au contraire, il n'y a rien et depuis l'ablation du noyau secondaire de la paroi, qui remonte maintenant à huit mois, la malade a engraissé et se porte à merveille. Ici, l'observation clinique a la valeur d'une expérience sur l'animal : le noyau secondaire de la cicatrice pariétale est certainement dû à une *greffe accidentelle* de quelques cellules cancéreuses tombées du néoplasme pendant son ablation.

Les faits analogues ne sont pas très rares et il en existe de fort typiques. Citons ceux de Schopf (2), de Hofmeier (3), de Leopold (4). Schopf faisait une hystérectomie vaginale pour cancer du col : manquant de jour, il pratiqua un débridement vulvo-vaginal. Trois mois

---

(1) Terrillon, Des récidives cancéreuses après ablation des kystes de l'ovaire. *Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie*, Paris, 1885, et *Œuvres de Terrillon*, Paris, 1898, t. II, p. 377.

(2) Schopf, *Wiener klin. Wochenschrift*, 1891, t. IV, p. 840.

(3) Hofmeier, *Zeitschrift für Geb. und Gynäk.*, 1895, t. XXXII, p. 171.

(4) Leopold, *Arbeit. aus der Frauenklinik in Dresden*, 1895, t. II, p. 203.

après, tandis que la cicatrice vaginale était souple et normale, un noyau cancéreux, présentant la structure de l'adéno-carcinome intra-cervical, apparut au niveau de la cicatrice du débridement vulvo-vaginal. Le cas d'Hofmeier est identique : apparition d'un noyau d'adéno-carcinome au niveau de la cicatrice d'un débridement vulvo-vaginal, pratiqué un an auparavant au cours d'une hystérectomie vaginale pour cancer primitif du corps utérin (adéno-carcinome). Enfin, dans le fait rapporté par Leopold, cet opérateur, pendant une hystérectomie vaginale pour cancer du col utérin (épithélioma pavimenteux), déchira assez profondément la grande lèvre droite avec une pince à traction. Un an après, apparut dans la cicatrice de cette déchirure un noyau d'épithélioma pavimenteux. Hyvert, dès 1872, avait relaté un fait absolument comparable de la pratique de Tessier, où un épithélioma de la langue avait été suivi d'un épithélioma de la joue droite, au point que l'on avait fendu pour se créer une voie d'accès plus facile (1).

Ces faits sont des plus probants, et si pour quelques-uns on peut admettre l'hypothèse improbable d'un épithélioma de cicatrice (cas de Tessier), il n'en est pas de même de ceux où l'épithélioma vulvaire (cas de Schopf, de Hofmeier, de Leopold) se présentait sous la forme d'un épithélioma cylindrique, type adéno-carcinome des cancers intra-utérins. Joints au nôtre, ils prouvent jusqu'à l'évidence la possibilité de la *greffe néoplasique opératoire.*

Une conclusion pratique des plus importantes se dégage de ces faits : tout cancer doit être enlevé comme une poche à contenu septique, c'est-à-dire sans être ouvert ni entamé ; au cas où la tumeur serait ouverte par mégarde ou intentionnellement (pour vérifier un diagnostic, par exemple), il faudrait immédiatement rejeter comme infecté l'instrument qui a pénétré dans l'épaisseur de la tumeur.

Dans le cas particulier de l'hystérectomie abdominale pour cancer du col, il en résulte quelques particularités de technique opératoire que nous n'aurions pas dû négliger. Il faut soit se servir de pinces, clamps coudés pour fermer le vagin, soit commencer par un curettage vaginal suivi d'une cautérisation énergique. C'est certainement parce que nous avions négligé de prendre ces précautions, que nous avons laissé tomber, au cours de l'opération, quelques cellules néoplasiques dans le tissu cellulaire de la plaie abdominale, où elles se sont déve-

(1) Hyvert (J.), *De l'Inoculation cancéreuse.* Thèse de Montpellier, 1872.

loppées, arrivant ainsi à constituer une tumeur secondaire, que nous avons heureusement pu extirper avec succès.

Dans notre observation IV, la tumeur secondaire apparut au niveau du méat uréthral après deux interventions pour épithéliome végétant papillaire de la vessie. Il s'agit bien d'une tumeur secondaire, car la tumeur du méat a une structure identique à celle de la vessie et différente de celles décrites jusqu'ici au niveau de l'urèthre féminin. Mais la greffe opératoire paraît moins évidente ; nous croyons cependant qu'elle a pu se faire par l'intermédiaire du tube et de la sonde à demeure, laissés en place dans l'urèthre après les deux premières opérations. Il est possible d'admettre que le tube ou la sonde, en traumatisant légèrement l'urèthre, ait facilité l'implantation de quelques cellules néoplasiques en ce point. On sait d'ailleurs que les tumeurs vésicales se greffent très facilement à l'intérieur même de la vessie. Albarran, se fondant sur l'intégrité complète de la muqueuse vésicale dans l'intervalle qui sépare le pédicule de la tumeur principale des autres tumeurs secondaires plus petites, admet que ce sont des greffes, ce qui nous semble très rationnel. Un cas rapporté par Adenot (1) est du reste tout à fait démonstratif au point de vue de la possibilité de la greffe de tumeurs vésicales. Après une uréthrotomie interne, où la lame de l'uréthrotome avait intéressé une tumeur implantée au voisinage du col, ce chirurgien vit se développer une traînée néoplasique le long de la paroi supérieure de l'urèthre depuis le col vésical jusqu'au méat, comme si l'uréthrotome avait semé les cellules néoplasiques tout le long de son trajet.

Nous croyons donc que dans notre quatrième observation aussi, il s'agit de greffe néoplasique opératoire, la muqueuse uréthrale paraissant absolument normale entre le col de la vessie et le méat où siégait la tumeur secondaire. Évidemment, ce cas est plus discutable que les précédents, et il reste une place pour l'hypothèse de la métastase rétrograde.

En résumé, nos observations confirment ce fait, que les *tumeurs épithéliales bénignes* (épithéliome kystique de l'ovaire) *et surtout malignes* (cancer du col, épithéliome vésical) *peuvent se greffer, soit spontanément, ce qui est exceptionnel, soit plus souvent à la suite d'une intervention chirurgicale.*

---

(1) Adenot, *Annales des maladies des organes génito-urinaires.* Paris, 1895, p. 621.

L'expérimentation sur l'animal avait montré la possibilité de greffer les tumeurs épithéliales, à deux conditions essentielles :

1° Il faut que l'on greffe une tumeur provenant d'un animal de la même espèce (souris, rat) ;

2° Il faut, pour que la greffe réussisse, que l'on inocule *une parcelle vivante de la tumeur primitive* : les cellules néoplasiques broyées, triturées, ne donnent jamais d'inoculation positive.

Les cas cliniques que nous relatons, en nous montrant des tumeurs secondaires qui reproduisent non le type du cancer de la région secondairement atteinte, mais le type du cancer primitif, établissent nettement, comme les expériences, la possibilité de greffes cancéreuses cellulaires en dehors de tout transport par les vaisseaux sanguins ou lymphatiques.

Il résulte de ces diverses constatations, tant expérimentales que cliniques, qu'on n'a pas affaire à une inoculation par l'agent causal, encore hypothétique du cancer, mais qu'il s'agit de greffes de cellules déviées de leur type de développement normal et proliférant suivant le type néoplasique. En un mot, *il s'agit bien de greffes* absolument comparables à celles des kystes hydatiques dans la paroi abdominale, dont nous avons vu deux cas après des opérations de kyste hydatique du foie, ou à celles des inclusions épidermiques, donnant naissance à des kystes épidermoïdes sous-cutanés, dont nous avons observé plusieurs cas, soit à la main, à la suite de petites plaies cicatrisées, soit dans le périnée, longtemps après des opérations de périnéorraphie.

En pratique, le fait important à retenir, et nous y avons déjà insisté, c'est qu'*il faut, au cours d'une intervention chirurgicale pour néoplasme, multiplier les précautions pour extirper la tumeur sans l'ouvrir, protéger avec le plus grand soin toutes les surfaces cruentées et changer d'instruments aussi souvent qu'il le faudra, dès qu'un contact suspect les aura souillés.*

26-2-07. — Tours, imp. E. Arrault et Cie.

HARTMANN. — Travaux de chirurgie anatomo-clinique.

PREMIÈRE SÉRIE : **Voies urinaires. Estomac.** — Avec la collaboration de B. CUNÉO, DELAAGE, P. LECÈNE, LEROY, G. LUYS, PRAT, G.-H. ROGER, SOUPAULT. 1 vol. in-8 grand-jésus de VIII-356 pages, avec 113 figures dans le texte. Prix . . . . 15 fr.

DEUXIÈME SÉRIE : **Voies urinaires. Testicule.** — Avec la collaboration de B. CUNÉO, ESMONET, LAVENANT, LEBRETON, LECÈNE. 1 vol. in-8 grand-jésus de 340 pages, avec 105 figures. Prix . . . . 15 fr.

TROISIÈME SÉRIE : **Chirurgie de l'intestin.** — Avec la collaboration de P. LECÈNE et J. OKINCZYC. 1 vol. in-8 grand-jésus de VIII-454 pages avec 153 figures dans le texte. Prix . . . . 16 fr.

FARABEUF (L.-H.) et **VARNIER** (Henri). — **Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements.** (Anatomie. Présentations et positions. Mécanisme. Toucher. Manœuvres. Extraction du siège. Version. Forceps). Préface de M. le professeur A. PINARD. *Nouvelle édition* revue et corrigée par L.-H. FARABEUF. Un volume grand-jésus de 480 pages, avec 362 figures d'après les dessins originaux du professeur FARABEUF. Prix . . . . 15 fr.

LE GENDRE et BROCA. — Traité de thérapeutique infantile médico-chirurgicale. Un vol. in-8 de 654 pages, avec un formulaire et un tableau posologique, gravures dans le texte ; cartonné toile lisse à biseau, tête bleue. Prix . . . . 14 fr.

MARFAN, professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux. — **Traité de l'allaitement et de l'alimentation des enfants du premier âge.** 2e *édition* revue et corrigée. Un volume in-8 de XVI-588 pages avec figures, cartonné toile souple. Prix. . . . . 12 fr.

PINARD et VARNIER. — Études d'anatomie obstétricale normale et pathologique. *Délivrance. Utérus bicorne. Grossesse extra-utérine. Grossesse utérine de deux mois et demi. Présentation du siège. Mode des fesses. Brides amniotiques. Décollement prématuré du placenta normalement inséré. Position occipito-sacrée. Engagement au détroit supérieur.*

Un volume in-folio raisin de VII-104 pages, avec figures et un atlas contenant 44 planches demi-raisin en chromolithographie, 16 planches en phototypie et 31 planches explicatives en lithographie. Le volume et l'atlas reliés demi-chagrin, avec coins, tête dorée. Prix . . . . 300 fr.

POTOCKY et BRANCA. L'œuf humain et les premiers stades de son développement. Éléments d'embryogénie. Préface de M. le professeur PINARD, 1 vol. gr.-jésus de 196 pages, avec 100 figures et 7 pl. en couleur, Prix . . . . 10 fr.

RÉCAMIER. — Traitement du cancer de l'utérus inopérable. Un vol. in-8 carré de 214 pages. Prix, ... 3 fr. 50

SMOLENSKY (P.). **Traité d'hygiène, procédés rapides de recherche des falsifications et altérations.** Traduction du russe, par S. Broïdo et Zaguelmann, annotée par L. GUIRAUD, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Toulouse, et A. GAUTIÉ, préparateur de cours d'hygiène à la Faculté de médecine de Toulouse. Un vol. in-8 jésus de XXVIII-762 pages, avec 119 figures. Prix. . . . . 20 fr.

STOHR (Ph.). **Traité technique d'histologie.** Traduit par les docteurs H. TOUPET et CRITZMAN. *Troisième édition française*, complètement remaniée, d'après la 10e édition allemande, par le Dr MULON, préparateur d'histologie à la Faculté de médecine de Paris. Préface du professeur CORNIL. 1 vol. gr.-jésus de 514 pages, avec 339 figures en noir et en couleurs. Prix. . 15 fr.

TERRIEN (Eugène). — **Précis d'alimentation des jeunes enfants.** (Etat normal. Etats pathologiques). Préface du professeur GRANCHER. Un vol. in-16 de 236 pages. Prix. . . . . 3 fr.

VARNIER. — La pratique des accouchements. Obstétrique journalière. — Un fort volume in-8 soleil sur deux colonnes. 440 pages avec 386 figures. Cartonné amateur, tête dorée. Prix . . . . 26 fr.